



Termo de consentimento Informado para uso de Flutamida



Eu, _____, na condição de paciente, ou _____, responsável legal pelo paciente acima, grau de parentesco _____, estando no pleno gozo de minhas faculdades mentais, declaro para fins legais que fui orientado sobre os esclarecimentos, quanto ao uso experimental de Flutamida para Covid-19.

Certifico que o uso experimental de Flutamida foi explicado a mim, tendo entendido todo o processo, e por isso:

() **AUTORIZO** o uso de Flutamida como tratamento experimental frente ao Covid-19

() **NÃO AUTORIZO** o uso do Flutamida como tratamento experimental frente ao Covid-19

Araraquara, _____ de _____ de 20_____

Assinatura do paciente/ responsável legal